**Załącznik nr 1**

do **Formularza Rekrutacyjnego** **dla istniejących organizacji** **pozarządowych**

do udziału w projekcie „*Wielkopolskie Centrum Ekonomii Solidarnej*”

**Prosimy wypełnić czytelnie ręcznie DRUKOWANYMI LITERAMI lub komputerowo**

|  |
| --- |
| **NAZWA PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ** |
|  |
| **FORMA PRAWNA ISTNIEJĄCEGO PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ** Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” |
|  [ ] fundacja [ ] stowarzyszenie |
| **IMIONA I NAZWISKA OSÓB upoważnionych do reprezentowania podmiotu (zgodnie z KRS)** | **NUMER TELEFONU**  | **ADRES E-MAIL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE NA TEMAT PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**  |
| **KLUCZOWE OBSZARY DZIAŁALNOŚCI**Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” |
| [ ] ochrona zdrowia [ ] sport, turystyka, rekreacja, hobby [ ] działalność naukowo-badawcza, badania[ ] kultura i sztuka [ ] współpraca międzynarodowa [ ] pomoc społeczna i socjalna [ ] edukacja i wychowanie [ ] prawo i jego ochrona, prawa człowieka [ ] ochrona środowiska [ ] rozwój lokalny w wymiarze społecznym i ekonomicznym[ ] rynek pracy, aktywizacja zawodowa[ ] inny, jaki?…................................................................................................................ |
| **MISJA ORGANIZACJI** |
|  |
| **OPIS DZIAŁALNOŚCI NIEODPŁATNEJ** |
| Opis działalności w tym wskazanie celów statutowych organizacji (na podstawie statutu)  |  |
| Siedziba |  |
| Grupy docelowe |  |
| Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne(lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.) |  |
| Zasięg działalnościProsimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | [ ] Gmina[ ] Powiat[ ] Województwo[ ] Kraj[ ] Zagranica[ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. |
| Czy i w jakim zakresie organizacja współpracuje np. z administracją, organizacją pozarządową, firmą (np. lokal, odbiór usług, zabezpieczenie dotacji, w zakresie realizacji wspólnego przedsięwzięcia itp.)? Proszę o krótki opis. |  |
| **DZIAŁALNOŚĆ ODPŁATNA POŻYTKU PUBLICZNEGO** |
| Czy organizacja prowadzi działalność odpłatną pożytku publicznego?[ ] TAK[ ] NIE, w przypadku zaznaczenia odp. „nie” proszę przejść do bloku „PLANOWANIE DZIAŁALNOŚCI ODPŁATNEJ” |
| Jakie produkty/usługi odpłatne może oferować Państwa organizacja? |  |
| Klienci wskazanych powyżej usług/produktów. |  |
| Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne potrzebne do realizacji działalności odpłatnej(lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.). |  |
| Kluczowe kompetencje kadry organizacji potrzebne do realizacji działalności odpłatnej |  |
| Zasięg działalnościProsimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | [ ] Gmina[ ] Powiat[ ] Województwo[ ] Kraj[ ] Zagranica[ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. |
| Analiza konkurencji – wskazanie i krótki opis potencjalnych konkurentów. |  |
| **PLANOWANIE DZIAŁALNOŚCI ODPŁATNEJ POŻYTKU PUBLICZNEGO** |
| Jakie produkty/usługi w formie odpłatnej mogłaby oferować Państwa organizacja w przyszłości? |  |
| Opis potencjalnych klientów wskazanych powyżej usług/produktów. |  |
| Potrzebne zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne do uruchomienia działalności odpłatnej(lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.). |  |
| Kluczowe kompetencje kadry pozwalające uruchomić działalność odpłatną.  |  |
| Projektowany zasięg działalności odpłatnej.Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X”. | [ ] Gmina[ ] Powiat[ ] Województwo[ ] Kraj[ ] Zagranica[ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. |
| Analiza konkurencji. Proszę wskazać i krótko opisać potencjalnych konkurentów. |  |
| **ORGANIZACJA MA ZAREJESTROWANĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ** |
| [ ] TAK[ ] NIE, w przypadku zaznaczenia odp. „nie” proszę przejść do bloku „PLANOWANIE DZIAŁALNOSĆI GOSPODARCZEJ” |
| Wiodący rodzaj działalności gospodarczej. Proszę krótko opisać ze wskazaniem sektora/branży. |  |
| Szczegółowy przedmiot działalności gospodarczej.Proszę wskazać kody PKD.  |  |
| Opis produktów oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  |
| Opis usług oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów.  |  |
| Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne potrzebne do realizacji działalności gospodarczej (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.) |  |
| Kluczowe kompetencje kadry potrzebne do realizacji działalności gospodarczej |  |
| Zasięg prowadzonej działalności gospodarczejProsimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | [ ] Gmina[ ] Powiat[ ] Województwo[ ] Kraj[ ] Zagranica[ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. |
| Analiza konkurencji. Proszę wskazać i krótko opisać potencjalnych konkurentów. |  |
| Czy w ciągu najbliższego pół roku planowana jest zmiana charakteru działalności gospodarczej. Jeśli tak, prosimy o krótki opis. |  |
| **PLANOWANIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** |
| Potencjalny rodzaj działalności gospodarczej. |  |
| Opis planowanych produktów oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  |
| Opis planowanych usług oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  |
| Zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne potrzebne do realizacji planowanej działalności gospodarczej (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.). |  |
| Przewidywany zasięg działalności gospodarczejProsimy zaznaczyć wybraną odp. „X”. | [ ] Gmina[ ] Powiat[ ] Województwo[ ] Kraj[ ] Zagranica[ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. |
| Analiza konkurencji. Proszę wskazać i krótko opisać potencjalnych konkurentów. |  |
| Kluczowe kompetencje kadry niezbędne do uruchomienia działalności gospodarczej.  |  |
| Czy organizacja jest zainteresowana uzyskaniem wsparcia finansowego na zatrudnienie w nowoutworzonych lub istniejących przedsiębiorstwach społecznych bądź w podmiotach ekonomii społecznej wyłącznie pod warunkiem ich przekształcenia w przedsiębiorstwo społeczne.[ ] TAK[ ] NIE |
| Liczba osób zatrudnionych – obecnie (na dzień składania formularza) |  |
| Liczba członków Zarządu |  |
| Liczba członków stowarzyszenia – jeśli dotyczy |  |
| Liczba aktywnych działaczy |  |
| Wysokość obrotów za ubiegły rok (w zł) |  |
| Główne źródło przychodów. Proszę wskazać maksymalnie 3 kluczowe źródła:[ ] Składki członkowskie[ ] Dotacje z gminy/powiatu/województwa[ ] Dotacje i granty z innych źródeł[ ] Odpłatna działalność pożytku publicznego[ ] Działalność gospodarcza[ ] Sponsorzy/darowizny[ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………………………….

Data i Miejscowość

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Czytelne podpisy przedstawicieli podmiotu (przedsiębiorstwa społecznego** **lub podmiotu ekonomii społecznej przekształcanego w PS)**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |